

Hypertonie und Herzinsuffizienz

Hypertonie

Blutdruck-Normalwerte

- Praxis <140/90 mmHg
- Selbstmessung <135/85 mmHg
- 24h-Blutdruck <125/80 mmHg
 - tagsüber <135/85 mmHg, nächtlicher Dip 10-15%

Risikofaktoren bei der Schweizer Bevölkerung

- Adipositas 50%. Zwischen Körpergewicht und Blutdruck besteht eine sehr enge Beziehung.
- Hypertonie 47%. Vor allem im Alter sehr häufig als isolierte systolische Hypertonie. Noch immer besteht eine Kluft zwischen Diagnose der Hypertonie und optimaler Therapie.
- Dyslipidämie 33%. Rauchen 13% (verursacht Blutdrucksteigerung). Diabetes 2%.

Behandlungsziele

- generell <140/90 mmHg
- Diabetiker und Nierenpatienten <130/80 mmHg
- Pro 5 mmHg Reduktion des diastolischen Blutdrucks: 34% Reduktion Hirnschlag-Risiko, 21% Risikoreduktion ischämische Herzkrankheit

Therapie

- ACE-Hemmer (oder AT-II-Antagonist) für Patienten mit Atherosklerose oder Herzinsuffizienz, Diabetiker und Nierenpatienten
- Bei älteren Patienten sind Diuretika und Kalziumantagonisten sehr gut dokumentiert
- Häufig sind allerdings ohnehin 2er-, 3er oder 4er-Kombinationen erforderlich um die Behandlungsziel zu erreichen
- Compliance sinkt stark mit zunehmender Anzahl Medikamente. Deshalb einfache Therapieschemen wählen mit Kombinationen und Einmaldosierung pro Tag (Medikamente mit langer Wirkdauer)
- Körperliche Bewegung!

Herzinsuffizienz

- Ursache der Herzinsuffizienz? Echokardiographie wichtig
- Ursache (rezidivierender) Dekompensationen: neues Medikament? Infekt? Hypertonie? Anämie? TSH? Niereninsuffizienz? Überdiuresierung? Arrhythmie (Vorhofflimmern, Kammer-tachykardie)? Ischämie?
- Patienten-»Edukation«: tägliches Wägen, Trinkmenge limitieren, Salzrestriktion, Meiden von NSAID, Telefonieren bei Gewichtszunahme
- Engmaschige klinische Kontrollen
- Massgeschneiderte medikamentöse Therapie
- Bei EF <35% ICD erwägen, bei QRS-Dauer >120 ms Resynchronisation diskutieren.